



**Società Italiana
di Psicoterapia Psicoanalitica**

Formazione e Ricerca Scientifica
ad Indirizzo Psicoanalitico Freudiano



CENTRO DI CONSULTAZIONE PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

SEZIONE REGIONALE LAZIO



FORME DELLA CONSULTAZIONE *FIGLI, GENITORI, INDIVIDUI*

Incontro con

Francisco Palacio Espasa

Roma, 25 Giugno 2016

**Museo Nazionale Romano alle Terme di Diocleziano
Piazza della Repubblica**

- | | |
|-----------|---|
| Ore 9,00 | Registrazione dei partecipanti |
| Ore 9,30 | Saluto di Rosanna Friggeri , direttrice del Museo delle Terme |
| Ore 9,40 | Apertura del convegno: Gloria Gemelli (SIPP) |
| | Presentazione del Centro di Consultazione e della giornata di studio |
| Ore 9,50 | Chairperson Gianluca Biggio (SIPP) |
| | Presentazione del pensiero di Francisco Palacio Espasa |
| Ore 10,00 | Francisco Palacio Espasa (SSP-IPA) Consultazione centrata sulla genitorialità |
| Ore 11,00 | Break |
| Ore 11,15 | Rosa Romano Toscani (SIPP) Adulti e bambini. Esperienze di consultazione |
| Ore 11,30 | Maria Mosca (SIPP) La prima consultazione. Quando tutto è possibile |
| Ore 11,45 | Tecla Cappellucci (SIPP) David, il paziente arrivato alla consultazione in uno «stato di grazia» |
| Ore 12,00 | Dibattito con la sala |
| Ore 13,15 | Francisco Palacio Espasa |
| | Replica |
| Ore 13,45 | Gianluca Biggio |
| | Conclusioni e chiusura dei lavori |

In corso di accreditamento ECM

Per informazioni, 06/85.35.86.50

email, sipp@mclink.it - sito, www.sippnet.it



CENTRO DI CONSULTAZIONE – PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

SEZIONE REGIONALE LAZIO



FORME DELLA CONSULTAZIONE FIGLI, GENITORI, INDIVIDUI

Roma, 25 Giugno 2016

Museo Nazionale Romano alle Terme di Diocleziano
P.zza della Repubblica

SCHEDA DI ISCRIZIONE

*(si prega di compilare la scheda in modo leggibile/stampatello. Per ricevere i crediti ECM e per l'emissione della fattura è obbligatorio compilare **tutti i campi** della scheda)*

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Località _____ Sigla provincia _____

Tel. _____ / _____ Cellulare _____ / _____

E mail _____ @ _____ . _____

Luogo di nascita _____ Sigla prov. _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

C.F. _____ P. IVA _____

Professione in cui si chiede accreditamento punti ECM (*barrare una casella*):

MEDICO ☐ PSICHIATRA ☐ PSICOTERAPEUTA ☐ PSICOLOGO ☐

Quote di iscrizione **con** ECM (IVA inclusa)

- SOCI E DIPLOMATI SIPP Iscrizione € 20,00 ☐
- ALLIEVI IN CORSO E IN ATTESA DI DIPLOMA SIPP Iscrizione € 10,00 ☐
- ESTERNI Iscrizione € 30,00 ☐

Quote di iscrizione **senza** ECM (IVA inclusa)

- SOCI E DIPLOMATI SIPP Iscrizione € 10,00 ☐
- ALLIEVI SIPP, STUDENTI UNIV., MEDICI FAMIGLIA Iscrizione GRATUITO ☐
- ESTERNI Iscrizione € 20,00 ☐

Modalità di versamento

Banca Fideuram – IBAN: IT 29 G 03 29601 60100 0066466534
Intestato a: Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica

Per iscriversi è **necessario** inviare la scheda di iscrizione via fax o via email unitamente alla copia della ricevuta di versamento del bonifico.

Non sarà possibile iscriversi il giorno dell'evento.